

DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

INTRODUCCIÓN:

El dolor torácico es una de las consultas más frecuentes en los Servicios de Urgencias. Su etiología es muy variada así como su pronóstico y gravedad. Genera una gran preocupación en el paciente por lo que requerirá una valoración inmediata por un médico, el cual ha de realizar un diagnóstico diferencial correcto en breve espacio de tiempo y con los recursos materiales disponibles en cada Centro de Urgencias.

DEFINICIÓN:

Se define como dolor torácico agudo a cualquier sensación álgida localizada en la zona entre el diafragma y la base del cuello, de instauración reciente que requiere diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que se derive un tratamiento médico- quirúrgico urgente.

VALORACIÓN INICIAL:

Es fundamental diferenciar aquellas causas de dolor torácico que pueden poner en peligro la vida del paciente. De esta forma podemos distinguir entre:

1. CAUSAS POTENCIALMENTE MORTALES EN BREVE PLAZO:
 - Infarto Agudo de miocardio.
 - Angina inestable.
 - Embolia e infarto pulmonar.
 - Aneurisma disecante de aorta.
 - Pericarditis.
 - Mediastinitis aguda.
 - Neumotórax espontáneo.
 - Neumonía.
 - Procesos abdominales: colecistitis, pancreatitis, perforación de víscera hueca.
2. CAUSAS NO MORTALES:
 - Dolor osteomuscular.
 - Psicógeno.
 - Herpes zoster.
 - Pleurodinia.

ACTITUD ANTE EL DOLOR TORÁCICO:

La anamnesis y la exploración física son las herramientas esenciales en el diagnóstico del dolor torácico. Son muy pocos los pacientes que relaten su dolor de una forma clara. **Es preciso tranquilizar al enfermo.**

Se debe indagar sobre la forma de aparición, localización, intensidad que no se corresponde en muchas ocasiones con la severidad del proceso, carácter, irradiación, causas precipitantes, maniobras que lo modifican aumentándolo o disminuyéndolo, síntomas asociados (disnea, tos, náuseas, palpitaciones).

La existencia de una causa banal no descarta una causa importante. Preguntar sobre factores de riesgo para cardiopatía isquémica, edad, sexo, historia familiar de parientes de primer grado de cardiopatía isquémica prematura: 55 años en el varón y 65 años en la mujer, HTA, diabetes mellitus, dislipemias, tabaquismo y para tromboembolismo pulmonar (trombosis venosa profunda, fracturas de fémur y pelvis, inmovilizaciones prolongadas, insuficiencia cardíaca congestiva). Es recomendable indagar sobre el consumo de estupefacientes como la cocaína: el consumo prolongado puede ocasionar dolor torácico, por vasoespasmo coronario e HTA.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR:

Forma de inicio del dolor:

- Repentino: disección aórtica, embolismo pulmonar, neumotórax, IAM, rotura esofágica.
- Gradual: musculoesquelético, digestivo.

Existencia de algún factor desencadenante:

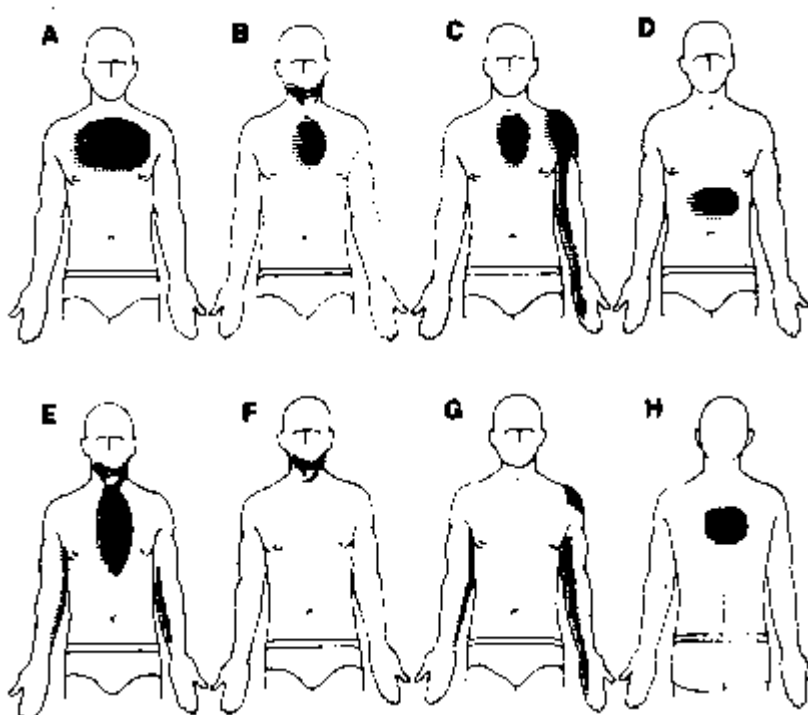
- Stress psíquico o emocional: cardiopatía isquémica.
- Esfuerzo: cardiopatía isquémica.
- Deglución: espasmo esofágico.
- Movimientos: musculoesquelético, neurítico.

Localización: muy variable para orientar el diagnóstico.

- Central: precordial.
- Retroxifoideo: visceral.
- Lateral: submamario.
- Intercostal somático, funcional, pleural.
- Difuso.

Irradiación:

- Cuello, mandíbula, hombros, brazos, espalda, epigástrico: C. isquémica
- Metamérica: neurítico.
- Migratorio: disección aórtica, funcional.



Carácter:

- Puntiforme: plural, musculoesquelético.
- Difuso: visceral.
- Pleurítico o que aumenta con la respiración: pleural, pericárdico, musculoesquelético.
- Opresivo: isquemia miocárdica.
- Terebrante: disección aórtica.
- Urente: esofágico, gástrico.
- Lancinante: neurítico.

Intensidad:

- Leve, moderado, severo. En general existe poca relación entre la intensidad del dolor y la gravedad de la causa.

Duración:

- Fugaz: psicógena o sin significado clínico.
- Minutos: ángor.
- Horas o días: musculoesquelético, digestivo.
- Constante: IAM, ángor.
- Es muy recomendable recoger la hora de inicio del cuadro.

Agravantes:

- Movimientos: musculoesquelético, neurítico.
- Respiración: pleurítico.
- Decúbito: pericárdico, esofágico.
- Esfuerzo y exposición al frío: ángor.
- Deglución: esofágico.
- Ingesta: gástrico.

Atenuantes:

- Reposo: ángor de esfuerzo.
- Determinadas posturas: musculoesquelético, pleural, pericárdico.
- Nitritos: ángor.
- Antiácidos: esofágico, gástrico.
- AINES: musculoesquelético.
- Recoger episodios previos de dolores de similares características, su diagnóstico y su tratamiento.

Enfermedades anteriores:

- Factores de riesgo cardiovascular: HTA, diabetes, tabaco...
- Factores de riesgo de enfermedad tromboembólica: tromboflebitis, encamamiento prolongado, fracturas, anticonceptivos, intervenciones recientes...
- Cardiopatía isquémica, artropatía degenerativa, depresión, patología digestiva.

Síntomas y signos asociados:

- Cuadro vegetativo, síncope: cualquiera de los considerados graves.
- Disnea: neumotórax, embolismo pulmonar, IAM.
- Fiebre: neumonía, infarto pulmonar, pericarditis, pleuritis.
- Hemoptisis: embolia pulmonar, edema agudo de pulmón.
- Vómitos, eructos: esofágico, gástrico.
- Parestesias: neurítico.

Indican gravedad: disnea, síncope, hipotensión, hipertensión severa, taqui o bradiarritmia, agitación y disminución del nivel de conciencia.

EXPLORACION FISICA:

La exploración física debe ser completa, comenzando por el registro de las constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura, glucemia capilar, si se tiene, valoración por pulsioximetría). Si estas están

alteradas, la primera medida es estabilizarlas y después completar la exploración que puede mostrar hallazgos que orientan sobre la causa del dolor como son:

- Fiebre: orienta a neumonía, pericarditis o infarto pulmonar.
- Lesiones eritematosas con vesículas: permite hacer el diagnóstico de herpes zoster.
- La observación y palpación de la piel, el enfisema subcutáneo sugiere perforación esofágica.
- La opresión precordial indicada con la mano extendida o puño cerrado sugiere cardiopatía isquémica, reproducir el dolor con la punta del dedo indica lesión en la caja torácica.
- Auscultación cardiaca patológica: cuarto ruido y/o soplo sistólico en angina inestable y en IAM, soplo diastólico en disección aórtica, roce pericárdico en pericarditis.
- Auscultación pulmonar alterada: abolición del murmullo vesicular con timpanismo a la percusión en el neumotórax, soplo tubárico en la neumonía.
- Signos de focalidad neurológica y/o ausencia de pulsos periféricos en disección aórtica.
- Signos de trombosis venosa en extremidades lo que hace muy probable la embolia pulmonar como causa del dolor torácico.
- Alteraciones de la exploración abdominal cuando la causa está en la cavidad abdominal.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

A todos los pacientes se le realizará un E.C.G. independientemente del nivel de asistencia, salvo que el cuadro clínico descarte de una manera clara patología cardiovascular.

A nivel hospitalario, en función de la sospecha diagnóstico, se realizará:

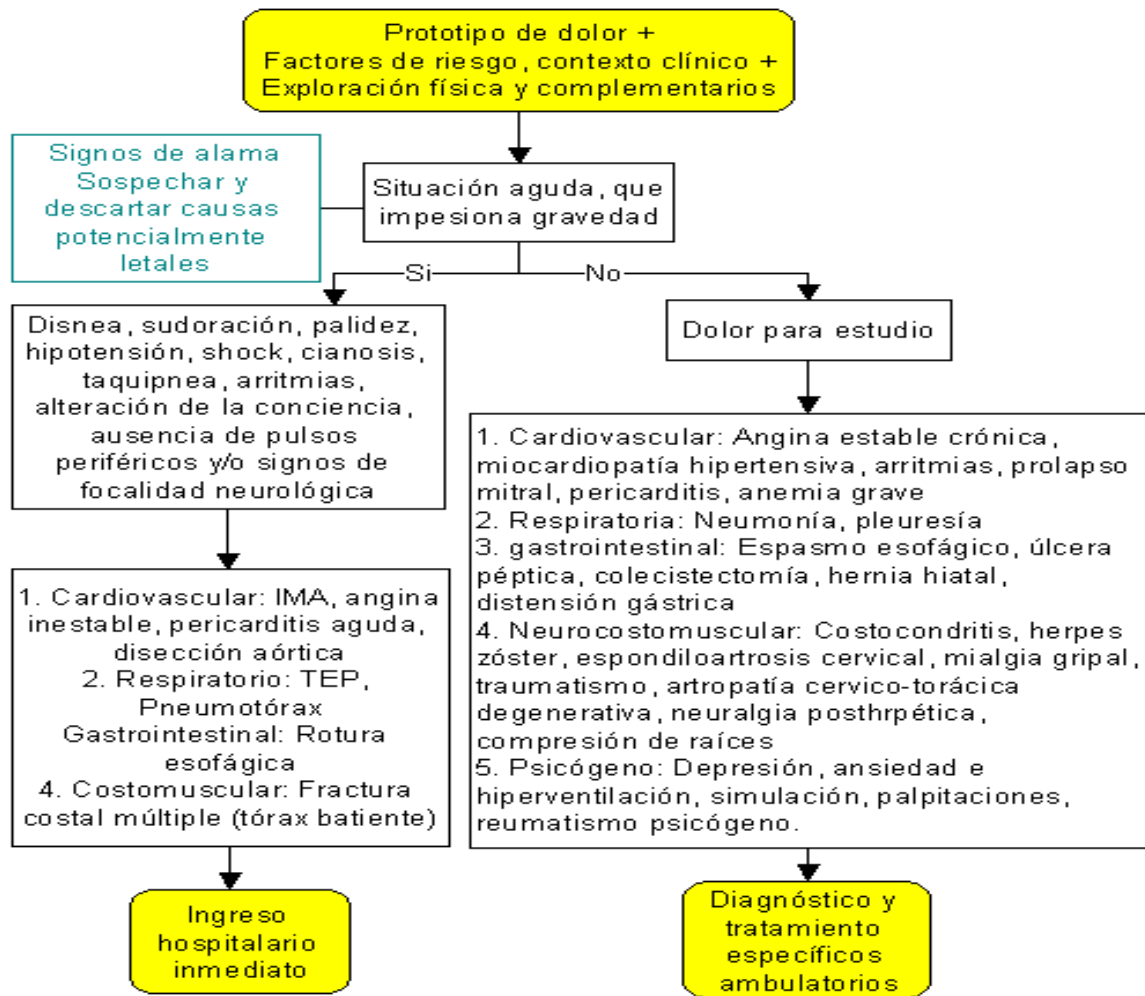
- Rx de tórax (neumonía, neumotórax, mediastinitis, disección aórtica, neumoperitoneo, fracturas costales).
- Hemograma con fórmula y recuento leucocitario (neumonía, proceso abdominal grave).
- Determinación de dímero D (embolismo pulmonar), mioglobina, troponinas y CPK- MB (infarto agudo de miocardio).
- Gasometría arterial (embolismo pulmonar).
- Bioquímica básica (glucemia alterada en diabéticos, urea y creatinina en nefrópatas).
- Otras (gammagrafía ventilación /perfusión, ecocardiografía, T.A.C.).

ACTUACIÓN URGENTE ANTE UN DOLOR TORACICO:

1. Monitorización continua en decúbito a 45°. Preparar desfibrilador.
2. Realizar E.C.G.
3. Medición de constantes vitales.
4. Obtención de una vía para administración de fluidos y medicación.
5. Administración de oxígeno 2-4 L. 24%.
6. Iniciar tratamiento.
7. Poner en marcha la evacuación del paciente.

INDICACIONES DE DERIVACION HOSPITALARIA:

1. Todos los pacientes con dolor torácico agudo secundario a patología potencialmente grave.
2. Pacientes con dolor torácico secundario a patología no vital pero que requiere estudio según medio y disponibilidad.
3. Ausencia de diagnóstico a pesar de valoración y que necesita pruebas complementarias hospitalarias.



DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES DE CAUSAS URGENTES DE DOLOR TORACICO

	TIPO	CARÁCTER	LUGAR	INICIO	IRRADIA	DURACIÓN	APARICIÓN	ASOCIADO	MEJORÍA	AGRAVA
ANGINA	Isquémico	Opresivo	Retroesternal	Brusco	Hombro, Brazo, mandíbula	2-20`	Esfuerzo, frío, comida, estrés	-	Reposo, Nitritos	Esfuerzo
INFARTO	Isquémico	Opresivo	Retroesternal	Brusco	Idem	Más de 20`	Idem, ninguno	Vagales	-	-
ANEURISMA	Isquémico	Lancinante	Retroesternal	Brusco	Idem, espalda	Más de 20`	-	Neurológicos	-	-
MEDIASTINITIS	pleurítico	Lancinante	Retroesternal	Brusco	Costado	Prolongado	-	Fiebre	-	Tos, Inspiración
PERICARDITIS	pleurítico	Opresivo, Pleurítico	Retroesternal	Insidioso	Costado	Prolongado	-	Fiebre, a veces	Adelante	Tos, Inspiración
EMBOLIA PUL.	pleurítico	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable	-	Disnea, Flebitis	-	Tos, Inspiración
NEUMONIA	Pleurítico	Punzante	Variable	Variable	Variable	Prolongado	-	Fiebre	-	Tos, Inspiración
NEUMOTORAX	pleurítico	Punzante	Costado	Brusco, Insidioso	Costado	Prolongado	Esfuerzo, a veces	-	Reposo	Tos, inspiración

BIBLIOGRAFIA:

- *Actuación en Urgencias Atención Primaria. 2ª edición. M. S. Moya Mir.*
- *Manual de Medicina Harrison. 15ª edición.*
 - *Urgencias en Atención Primaria. Rubini,J.S. Rubini,R Sorribes,J.*
 - *Revista de la SEMG. N° 58 Noviembre 2003.*
 - *Manejo del dolor torácico. Plan andaluz de Urgencias y Emergencias.*
 - *Guías de actuación en urgencias. M. S. Moya Mir.*

--oo0oo—

GRUPO DE TRABAJO DE URXENCIAS